

# EU:n terveystalitiikan tilkkutäkki

TOIVO HURME

Euroopan unionin jäsenmaat ovat menettäneet kontrolloiaan terveystalitiikkaansa, vaikka unionin toimivalta ei ole siinä muodollisesti lisääntynyt. Huolimatta siitä, että EU:n perussopimuksessa sen toimivalta on terveystalitiikassa tarkasti rajattu, on unionin vaikutus kansalliseen terveystalitiikkaan ja terveydenhuoltoon viimeisen runsaan kymmenen vuoden aikana jatkuvasti kasvanut. Tätä kehitystä ei jäsenmaiden terveystalitiikan omaisten piirissä ole pidetty kovin tervetulleena, koska se on usein tarkoittanut terveystalitiikan muuttumista markkinaehtoisemmaksi.

Tässä kirjoituksessa teen katsauksen EU:n terveystalitiikan melko hajanaiseen kokonaisuuteen ja samalla arvioin kriittisesti jäsenmaiden strategiaa, jossa EU:n toimivallan kasvattamista terveystalitiikassa on vastustettu. Tämä perussopimusneuvotteluissa noudatettu linja ei ole välttämättä ollut terveystalitiikan omien tavoitteiden kannalta paras mahdollinen. Sen myötä EU:n tuomioistuimien, jonka terveystalitiikallinen asiantuntemus ja kansanvaltainen edustuksellisuus ovat melko heikot, on saanut vapaan tilan määrittelyä eurooppalaista terveydenhoitoa koskevia periaatteita.

Tuomioistuimen lisääntyvä oikeuskäytäntö johti lopulta siihen, että jäsenmaat olivat pakotettuja hyväksymään terveydenhuoltoa koskevan yhteisölain laatimisen. Tämä keväällä 2011 valmistunut potilasoikeusdirektiivi on jäsenmaiden näkökulmasta yritys säilyttää terveydenhuollon erityisasemasta sisämarkkinoilla se, mitä säilytettävissä on. Nyt voidaan esittää kysymys, olisiko tämä kehitys ollut paremmin hallittavissa ja tulisiko terveydenhuollon erityisluonne paremmin suojatuksi, jos EU:n toimivalta siinä olisi suurempi.

## Kansanterveysartikla

Perussopimuksen kansanterveyttä koskevan artiklan (SEUT 168) mukaan EU:n toimivalta terveystalitiikassa tarkoittaa jäsenmaita täydentäviä toimia terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyssä sekä rajat ylittävien terveysuhkien seurannassa ja torjunnassa. Varsinaista lainsäädäntövaltaa unionilla on ainoastaan terveystalitiikan tuotevalvonnassa, joka koskee lääkkeitä, lääkinnallisia laitteita, kudosa- ja verituotteita sekä elinsiirtoja. Lisäksi sisämarkkinoiden oikeusperustalta (SEUT 114) on toteutettu muun muassa tupakkatuotteiden valmistusta ja myyntiä koskeva osittainen harmonisointi. Kansanterveysartiklan mukaan ”terveyspalvelujen sekä sairaanhoidon järjestäminen ja tarjoaminen” ovat jäsenmaiden vastuulla. Perussopimuksen toimivaltarajauksen lisäksi läheisyys- ja suhteellisuusperiaatteet ovat suojaaneet jäsenmaiden terveydenhoitoa yhteisöjäntelyltä, kun erityistä tarvetta sille ei ole jäsenmaissa nähty.

Kansanterveysartiklan rajoituksista huolimatta komission sisämarkkina-, kilpailu-, yritys- ja työpolitiikan pääosastoilla on laadittu runsaasti lainsäädäntöä, jolla on vaikutuksia terveydenhuoltoon. Nämä säädökset on usein käsitelty EU:n lainsäädäntöelinten (neuvoston ja parlamentin) kokoonpanoissa, joissa niistä ovat päättäneet muut kuin terveystalitiikan asiantuntijat ja ministrit. Kun esimerkiksi suomalainen sairaala tilaa käyttöönsä lääkinnallisia laitteita, tämä tapahtuu avoimilla markkinoilla EU:n sisämarkkina- ja kilpailusäädöksiä seuraten. Lääkäreiden tai hoitajien liikkumista työn perässä EU:n alueella pätee työvoiman vapaata liikkuvuutta koskeva lainsäädäntö, ja terveyspalveluja tarjoavan yrityksen liikkumisvapaus on perussopimuksella turvattu.

Terveydenhuolto ei ole itsenäinen saarekkeensa, vaan se käsittää tavaroiden ja palvelujen vaihtoa sekä työntekijöiden ja potilaiden liikkumista. Näin muiden lainsäädäntösektoreiden vaikutus kohdistuu osaltaan juuri siihen ”terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen”, joka perussopimuksen kansanterveysartiklan perusteella kuuluu jäsenmaiden vastuulle.

Seurauksena on tilanne, jota on kutsuttu EU:n terveyspolitiikan ”perustuslailliseksi epäsymmetriaksi” (Scharpf 2002): EU:n toimivalta edistää sisämarkkinoita on vahva, mutta niiden vaikutuksia pehmentävän (sosiaali-) ja terveyslainsäädännön toteuttamismahdollisuudet ovat rajatut. Tämä epäsymmetria on syntynyt, kun jäsenmaat ovat halunneet rajata unionin toimivallan terveysasioissa mahdollisimman vähäiseksi pääsemättä kuitenkaan pakoon sisämarkkina- ja kilpailusäädöksen vaikutuksia.

## Pehmeää sääntelyä ja rahoitusohjausta

Muiltä sektoreilta tulevan oikeudellisen sääntelyn lisäksi jäsenmaiden terveydenhuoltoon vaikuttavat myös erilaiset soft law -instrumentit, kuten lainsäädäntösuositukset, joita on laadittu viime vuosina useita. Ne eivät ole juridisesti sitovia, mutta käytännössä niiden ohjausvaikutus voi olla huomattava, koska ne sisältävät säännönmukaisesti raportointivelvollisuuden komissiolle.<sup>1</sup>

Vuosina 2004–2008 toimi komission vetämä terveyspalveluita ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason ryhmä, joka pohti muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuutta, potilasturvallisuutta, terveysteknologian arviointia, tietoteknologian hyödyntämistä terveyspalveluissa (ns. e-Terveys) ja eurooppalaisia vaativan hoidon osaamiskeskuksia. Ryhmän toiminta perustui jäsenmaiden vapaaehtoiseen yhteistyöhön ja keskinäiseen tietojen vaihtoon. Nyt monet sen toimintamuodoista ovat vakiintumassa pysyviksi ja oikeudellisesti sitovammiksi rakenteiksi potilasoikeusdirektiivin myötä.

<sup>1</sup> Esimerkiksi neuvoston suosituksesta syöpäseulonnoista (2003) on muodostunut tärkeä eurooppalainen mittapuun, jota vasten seulontojen toteutusta arvioidaan. Neuvoston suositusten aiheita ovat syöpäseulontojen lisäksi olleet muun muassa antibioottien käyttö (2001), huumeista aiheutuvien haittojen vähentäminen (2003), harvinaisten sairauksien hoito (2009), potilasturvallisuus ja sairaalainfektiot (2009), tupakansavuttomat ympäristöt (2009) ja kausi-influenssarokotukset (2009).

Myös unionin rahoitusohjelmat vaikuttavat jäsenmaiden terveyspolitiikkaan. Meneillään olevan toisen terveysalan rahoitusohjelman (2009–2013) tavoitteena on kansalaisten terveys- ja turvallisuuden parantaminen, terveyden edistäminen, terveyserojen kaventaminen ja terveysviestinnän lisääminen. Ohjelman kokonaisbudjetti on runsaat 320 miljoonaa euroa. Terveysohjelmasta rahoitetaan paitsi yksittäisiä jäsenmaiden hankkeita, viime aikoina myös enemmän komission ja jäsenmaiden yhteistoimintahankkeita (*Joint Actions*), joissa käsitellään aiemmin korkean tason ryhmässä esillä olleita aiheita sekä muun muassa terveyserojen kaventamista ja syöpäsairauksien torjuntaa.

Terveysohjelmaa huomattavasti laajemmän tutkimuksen seitsemännen puiteohjelman resursseista kaikkiaan noin kuusi miljardia on suunnattu terveysalan tutkimukseen.<sup>2</sup> Myös EU:n rakennerahastojen, sosiaalirahaston ja aluekehitysrahaston varoja käytetään terveydenhuollon hankkeisiin jäsenmaissa. Lisäksi juuri nyt on ajankohtainen EU2020-strategian myötä käynnistynyt *Active and Healthy Ageing*, niin sanottujen ”innovaatiokumppanuuksien” ensimmäinen osahanke.<sup>3</sup>

Kaikki nämä ohjausinstrumentit antavat komissiolle (ja erityisesti sen terveystalouden DG SANCO:lle) joukon välineitä vaikuttaa jäsenmaiden terveyspolitiikkaan ja terveydenhuoltoon. Pala palalta valmisteltujen, erilaisten ad hoc ohjausinstrumenttien, muiden politiikka-sektoreiden sekä eri rahoitusohjelmien vaikutuksesta EU:n terveysalan sääntely on muotoutunut

<sup>2</sup> Vuosille 2007–2013 ulottuvan tutkimuksen 7. puiteohjelman (FP7) kokonaisbudjetti on noin 50 miljardia euroa. Sen sisältämän terveysalan tutkimuksen prioriteettialueita ovat bioteknologia, soveltava tutkimus sekä terveydenhuollon laatu ja tehokkuus.

<sup>3</sup> *Active and Healthy Ageing* -hankkeen tavoitteena on vastata vanhenevan väestön haasteeseen lisäämällä kaksi tervettä elinvuotta eurooppalaisten elämänskaareen. Tähän pyritään ennen kaikkea koordinoimalla olemassa olevien rahoitusinstrumenttien (Tutkimuksen 7. puiteohjelma, rakennerahastot, Joint Programming Initiative jne.) toimintaa siten, että resurssit suuntautuisivat paremmin tukemaan vanhenevan väestön terveydenhuoltoa parantavia innovaatioita. Hankkeessa pyritään myös kehittämään tutkimuksen ja innovaatiotoiminnan lainsäädäntöä ja käytäntöjä paremmin terveysinnovaatioita tukeviksi. Hanketta hallinnoivat komission terveys-, tutkimus- ja tietoyhteiskuntapäälliköt, sille on asetettu korkean poliittisen tason ohjausryhmä, ja sen strategisen toimeenpanosuunnitelman on määrä valmistua syksyllä 2011.

sirpaleiseksi kokonaisuudeksi, jota on syystäkin kutsuttu ”lain ja politiikan tilkkutäkiäksi” (Hervey & Vanhercke 2010).

## Tuomioistuimen mentävä aukko

Jäsenmaiden terveydenhuollon avautumiseen sisämarkkinasäädöksille on keskeisesti vaikuttanut sarja EU-tuomioistuimen päätöksiä. Näissä ratkaisuissa tuomioistuin on punninnut jäsenmaiden sosiaaliturvajärjestelmiä sisämarkkinoiden vapaan liikkuvuuden periaatteita vasten. Keskeisenä käännekohtana tässä suhteessa pidetään tuomioita Decker- ja Kohll-tapauksissa (1998), joissa Luxemburg tuomittiin korvaamaan toisessa maassa kansalaisilleen annettu hammashoito ja silmälasit palvelujen ja tavaroiden vapaan liikkuvuuden perusteella.<sup>4</sup> Tuon tapauksen jälkeen muita tuomioita ovat olleet muun muassa sairaalahoittoa koskevat Vanbraekel (2001) -, Smits ja Peerbooms (2001) - ja Müller-Fauré ja Van Riet (2003) -tapaukset sekä tapaus Watts (2006), jossa julkiseen palveluun perustuva, ilmaiseksi hoitoa tarjoava järjestelmä (Iso-Britannia) tuomittiin korvaamaan toisen jäsenmaan palveluntarjoajan antama hoito, koska potilas olisi ollut oikeutettu samaan hoitoon myös kotimaassaan. Edelleen tapauksessa Stamatelaki (2007) tuomioistuin katsoi, ettei toisessa jäsenvaltiossa saatua hoitoa voi jättää korvaamatta sillä perusteella, että se on annettu yksityisessä sairaalassa. (Oikeustapauksista tarkemmin kts. esim. Kari & al. 2008; Mossialos & al. 2010, 28–34.)

Tuomioistuimen aktiivisuutta selittää EU:n terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön puuttuminen. Koska terveyspalvelut kuitenkin ovat väistämättä osa sisämarkkinoita, on syntynyt aito tarve ratkaista niitä koskevia vastuukysymyksiä. Tuomioistuin on tässä joutunut ottamaan lainsäätäjän paikan. Näin tehdessään se on soveltanut sisämarkkinoiden periaatteita terveyspalveluihin varmasti enemmän, kuin mitä jäsenmaiden terveysviranomaiset osasivat odottaa.

Onkin esitetty, että terveyspolitiikan heikko asema perussopimuksessa ja tästä aiheutuva yhteisölainsäädännön vähäisyys olisi (yksi) syy sille,

4 Kohll- ja Decker-ratkaisuja ennen tuomioistuin oli tosin soveltanut vapaan liikkuvuuden periaatteita myös terveydenhuollon yhteydessä esim. tapauksissa Duphar (1981) sekä Luisi ja Carbone (1984).

ettei terveydenhuollon erityisasema ole kestänyt tuomioistuimessa. Vertailukohtana on käytetty ympäristöpolitiikkaa – terveyspolitiikan ohella toista sisämarkkinoiden ”ulkopuolista” politiikkasektoria – jossa EU:n toimivalta on selvästi terveyspolitiikkaa laajempi (SEUT 191–193). Ympäristön suojelun vahva asema perussopimuksessa on paaluttanut sen omaksi politiikan alueekseen, johon sisämarkkinavapaudet eivät automaattisesti ulotu. Tällä on ollut vaikutuksensa myös tuomioistuimen ympäristöasioita koskeviin ratkaisuihin. (Mossialos & al. 2010.)<sup>5</sup>

Toisaalta on huomattava tuomioistuimen myös tunnustaneen, että poikkeukset vapaan liikkuvuuden periaatteisiin ovat oikeutettuja kansanterveyden suojelun tai erityisen sosiaalisen tavoitteen nimissä silloin, kun kyseessä voidaan katsoa olevan yleinen ja objektiivinen etu.<sup>6</sup> Tuomioistuin ei siis ole toteuttanut vain yksiviivaista markkinaliberaalia agenda, vaan on tietoinen vapaan liikkuvuuden mahdollisesti ongelmallisesta vaikutuksesta sosiaali- ja terveyssektorilla. Yleiseen etuun perustuvien rajoitusten tulee kuitenkin kohdella sisämarkkinoiden toimijoita tasapuolisesti ja olla kohtuullisia. Poikkeuksia vaativan jäsenmaan on kyettävä ne uskottavasti ja legitimiä perusteellaan.

Tuomioistuinratkaisujen myötä sisämarkkinat ovat laajentuneet terveydenhuollon alueelle. Tällä on nähty olevan erinäisiä haitallisia seurauksia muun muassa potilaiden oikeusturvan, palvelujen saatavuuden tai osallisuuden näkökulmista, kun yhä suurempi osa terveyspalveluista tuotetaan yksityisellä sektorilla (esim. Ollila & Koivusalo 2009). Tässä yhteydessä täytyy muistaa, että

5 Tässä suhteessa merkkipaaluuna pidetään tuomiota tapauksessa PreussenElektra (2001), jossa tuomioistuin katsoi, ettei Saksan uusiutuvan energian hintasäännöstely loukkaa kilpailusäädöksiä.

6 Esim. tapauksessa Poucet ja Pistre (1993) tuomioistuin totesi, ettei kilpailulainsäädäntö vaikuta Ranskan pakolliseen sosiaalivakuutusjärjestelmään. Tapauksessa Franzén (1997) tuomioistuin katsoi, ettei Ruotsin alkoholin vähittäismyyntimonopoli ole ristiriidassa tavaroiden vapaan liikkuvuuden periaatteen kanssa. Tapaus Albany (1999) tunnusti Alankomaiden eläkevakuutusjärjestelmän sosiaalipoliittisen erityisaseman. Lääkepolitiikassa tuomioistuin on antanut useita vapaata liikkuvuutta rajoittavia ratkaisuja, jotka mm. vahvistavat jäsenmaiden oikeuden rajata lääkkeiden vähittäismyynti apteekkeihin. Hiljattain tapauksessa komissio vs. Italia (2009) tuomioistuin hyväksyi myös sen, että lääkkeiden vähittäismyyntin harjoittaminen sallitaan vain proviisorin tutkinnon suorittaneille henkilöille.

Suomen kaltaiset maat, joissa terveyspalvelut perustuvat laajaan verorahoitteiseen palveluntuotantoon, ovat EU:ssa vähemmistö. Valtaosassa jäsenmaita palveluntuottajat ovat pääosin yksityisiä, mutta niiden käyttö korvataan laajan sairausvakuutuksen kautta.

Palvelujen tuotantorakenteesta riippumatta lähes kaikki jäsenmaat, Suomi mukaan lukien, ovat halunneet suojella terveysjärjestelmiään sisämarkkinavaikutuksilta siinä kuitenkin onnistumatta. Nyt voidaanakin mielestäni perustellusti kysyä, oliko jäsenmailta virhearvio uskoa, että rajaamalla EU:n terveyspoliittinen toimivalta mahdollisimman vähäiseksi suojeltaisiin terveyspolitiikan erityisluonnetta mahdollisimman hyvin. Ympäristöpolitiikkaan verratessa voidaan väittää, että asia saattaa olla päinvastoin.

Komission sisällä käydään myös jatkuvaa kamppailua poliittisista painotuksista, jossa toimivallan määrällä on ratkaiseva merkitys. Mitä laajempi on tietyn sektorin toimivalta, sitä vahvempi on sen komissaari sekä pääosasto. Nykyinen terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto on komission kokonaisuudessa heikohko, eikä terveyskomissaari useinkaan pärjää komission sisäisissä kiistoissa, kun vastassa on vaikkapa teollisuus-, kilpailu-, sisämarkkina- tai maatalouskomissaarin intressit. Tämä heijastuu siihen, miten terveysnäkökohdat tulevat huomioiduiksi eri sektoreiden lainsäädännössä tai muissa aloitteissa. Yhteisölainsäädännön vähäisyys on jättänyt terveydenhuollon suojattomaksi siis paitsi tuomioistuimessa, myös komission poliittisissa linjauksissa.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Komission sisäiseen valtakonstellatioon liittyy myös tietty muun muassa Suomen kannanotoissa esiintyvä ristiriitaisuus. Suomi on vastustanut komission toimivallan kasvattamista terveysasioissa, mutta samalla Suomi ja erityisesti sosiaali- ja terveysministeriö ovat vaatineet, että terveysnäkökohdilla tulisi olla komission sisäisessä päätöksenteossa nykyistä suurempi painoarvo "terveys kaikissa politiikoissa" -ajattelun mukaisesti. Toisin sanoen komission terveyspääosastoa on haluttu vahvistaa, mutta tämän vahvistamisen edellyttämää toimivallan lisäämistä ei ole hyväksytty. On vaikea nähdä, kuinka vaatimukset terveyden nostamisesta korkeammalle komission agendalla toteutuisivat, jollei sitä koskevaa toimivaltaa olla valmiita lisäämään.

## Potilasoikeusdirektiivi

Terveydenhuolta koskeva kehityskulku saavutti yhden virstanpylvään ja niitä koskevat ristiriidat ehkä ainakin väliaikaisen ratkaisun, kun EU:n neuvosto ja parlamentti hyväksyivät alkuvuonna 2011 direktiivin *potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa*. (PE-CONS 6/11). Jäsenmaiden oli lopulta pakko hyväksyä terveydenhuoltoa koskevan yhteisölain laatiminen, koska vuosien mittaan kasautuneet tuomioistuinratkaisut olivat tehneet tilanteen kestäättömäksi. Jäsenmaat ottivat kuitenkin direktiivin valmistelussa poikkeuksellisen vahvan roolin, ja se on hyvin pitkälle neuvostossa kirjoitettu teksti, josta komission alkuperäistä esitystä on paikoin vaikea edes tunnistaa.<sup>8</sup> Direktiivi koskee potilaiden oikeuksia, eikä käsittele terveyspalvelujen tarjoajien sijoittumisvapautta.

Potilasoikeusdirektiivillä kodifoidaan tuomioistuimen jo vahvistama potilaan oikeus saada kotimaansa korvausta vastaava hyvitys terveyspalvelusta, joka on annettu toisessa jäsenmaassa. Jäsenmaiden kannalta on tärkeää, että se myös määrittelee niiden mahdollisuudet ja keinot tämän oikeuden sääntelemiseen tai epäämiseen. Direktiivi antaa näin osviittaa tuomioistuimelle sen tuleviin terveydenhuoltoa koskeviin ratkaisuihin toivottavasti siten, että jäsenmaiden korvausvastuut pysyvät määritellyissä puitteissa, eivätkä potilaiden liikkumisesta koituvat kustannukset karkaa käsistä.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Päätyö direktiivin laatimisessa tehtiin Ranskan, Tšekin, Ruotsin, Espanjan ja Belgian puheenjohtajakausilla näiden maiden asiantuntijoiden johdolla vuosina 2007–2010. Euroopan parlamentti sai neuvoteltua siihen vain vähän juridisesti merkityksellisiä muutoksia.

<sup>9</sup> Jäsenmailla säilyy valta määrittellä, mihin hoitoihin sen kansalaisilla on oikeus, ja ylläpitää tämän oikeuden toteutumiseksi tarvittavia hallinnollisia tai muita menettelyjä. Jäsenmaille jää myös mahdollisuus olla korvaamatta hoitoa, mikäli potilaiden liikkuvuus uhkaa vaarantaa sen terveysjärjestelmän asianmukaisen toiminnan. Lisäksi jäsenmaat voivat vaatia potilaan anovan korvauksen saamisen edellytyksenä ennakkolupaa hoitoon hakeutumiselle, jos kyseessä on sairaalayöpyymistä vaativa hoito tai muu pitkälle erikoistunut hoito. Ennakkolupa voidaan evätä, mikäli potilaalle voidaan järjestää vastaava hoito kotimaassa lääketieteellisesti katsoen kohtuullisen ajan kuluessa. Sairaalahoidon osalta direktiivi ei siis käytännössä juuri muuta nykytilannetta, jossa hoitoon hakeutuminen silloin, kun sitä ei kotimaassa ole tarjolla, on ollut mahdollista sosiaaliturvan koordinaatiosta annetun asetuksen (883/2004) perusteella.

Hoitoa koskevien korvausvastuiden lisäksi potilasoikeusdirektiivillä luodaan pysyvä säädöspohja EU:n sisäiselle terveydenhuoltoyhteistyölle tietyissä kysymyksissä. Erikoistuneita hoitoja tutkivat eurooppalaiset osaamiskeskukset, terveysteknologian arviointia tekevät yhteistyöelimet, lääkereseptien EU:n laajuinen käyttömahdollisuus, e-Terveyttä koskeva yhteistyö sekä jäsenmaiden velvollisuus jakaa tietoa tarjolla olevista terveyspalveluista myös muiden jäsenmaiden kansalaisille vievät eurooppalaista terveyslainsäädäntöä reippaan askeleen eteenpäin.

Näin osaltaan korjaantuu se ”perustuslaillinen epäsymmetria”, joka terveyspolitiikassa on vallinnut sisämarkkinoiden puristuksessa ja oman säädöspohjan puuttuessa. Samalla raamittuu jäsenmaiden keskinäinen yhteistyö terveydenhuollossa useiksi vuosiksi eteenpäin, kun moni tilapäisjärjestelyillä toiminut terveystilkkutakin osa saa pysyvän laillisuusperustan.

Suomessa potilasoikeusdirektiivi jatkaa sitä sosiaali- ja terveyspolitiikan eurooppalaistumisketjua, jota ei kokonaisuudessaan ole arvioitu kovin jäsytettäväksi, mutta joka on edennyt nopeammin kuin etukäteen osattiin odottaa (Saari & Kari 2006). Sen myötä suomalainen terveysalan hallinto kytkeytyy entistä tiiviimmin eurooppalaiseen yhteistyöhön, ja terveyspalvelu-

järjestelmämme joutuu mukautumaan potilaiden suurempaan vapauteen valita hoitopaikkansa Euroopan tasolla. Potilaan vapauden lisääntymisessä kustannukset voivat kasvaa, kun niitä ei voida täysin kontrolloida sääntelemällä hoidon tarjontaa kansallisesti. Toisaalta hoidon korvaaminen edullisemman kustannustason maissa käyville potilaille voi tulla halvemmaksi, kuin saman palvelun tuottaminen kotimaassa.

EU-kansalaisten enemmistö näyttäisi lähes kaikissa jäsenvaltioissa, myös Suomessa, kannattavan unionin toimivallan kasvattamista terveyskysymyksissä (Böckerman & Saari 2009). Nähtäväksi jää, onko tähän halua potilasoikeusdirektiivin johtaneen kehityksen jälkeen myös jäsenmaiden terveyspolitiittisilla päättäjillä. Unionin lainsäädäntötoimivalta, jonka tarkoituksena olisi esimerkiksi tasa-arvoisen perusterveydenhuollon turvaaminen kaikille unionin kansalaisille, toki ohjaisi jäsenmaiden terveysjärjestelmien toimintaa, mutta todennäköisesti myös suojaisi niitä nykyistä paremmin sisämarkkinoiden iskuilta. Tällainen keskustelu ei kuitenkaan näytä ajankohtaiselta, sillä Lissabonin sopimuksen jälkeen jäsenmaat ovat katsoneet, että suuremmista perussopimusuudistuksista tulee toistaiseksi pitää lepotauko.

## KIRJALLISUUS

- Böckerman, Petri & Saari, Juho: Sosiaalista Eurooppaa rakentamassa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009): 1, 3–16
- Hervey, Tamara & Vanhercke, Bart: Health care and the EU: the law and policy patchwork. Teoksessa: Mossialos, Elias & Permanand, Govin & Baeten, Rita & Hervey, Tamara: Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press, 2010
- Kari, Matti & Kattelus, Mervi & Saari, Juho: Sosiaalinen Eurooppa murroksessa – Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. Helsinki: Eurooppatiedotus, 2008
- Mossialos, Elias & Permanand, Govin & Baeten, Rita & Hervey, Tamara: Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press, 2010
- SEUT: Sopimus Euroopan unionin toiminnasta. Euroopan unionin virallinen lehti 53 (2010): 30. maaliskuuta

- Euroopan parlamentin ja neuvoston (EY) asetus N:o 883/2004 sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta
- PE-CONS 6/11: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Kielitarkastettava, julkaisematon versio
- Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri: Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.): Kansalaisesta kuluttajaksi – markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 2009
- Saari, Juho & Kari, Matti: Sosiaali- ja terveyspolitiikka: nopeasti muuttunut politiikkalohko. Teoksessa: Raunio, Tapio & Saari, Juho: Eurooppalaistuminen – Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Helsinki: Gaudeamus, 2006
- Scharpf, Fritz: The European Social Model. Coping with the Challenges of Diversity. Journal of Common Market Studies 40 (2002): 4, 645–670.